

DELEGA PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA - Modulo A -

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
CAP _____ Prov. _____ Cellulare _____ e-mail _____

in qualità di **intestatario** della documentazione sanitaria:

Ricovero dal _____ al _____ Cartella PS dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____ Cartella PS dal _____ al _____

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
CAP _____ Prov. _____ Cellulare _____ e-mail _____

a richiedere la **copia** e la **spedizione cartacea e/o elettronica** della documentazione sanitaria sopra menzionata, **previa presentazione del documento di identità del delegato e di quello del delegante (copia fronte retro controfirmata dal titolare)**, sollevando la Fondazione Luigi Maria Monti – IDI IRCCS da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Con riferimento all'informativa generale in ambito sanitario di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, esposta presso i locali della Fondazione e consultabile sul sito web di quest'ultima, www.idi.it, io sottoscritto dichiaro di essere informato che la Fondazione tratterà i miei dati personali per il perseguimento di attività amministrative strumentali alla finalità di cura, quale l'invio della documentazione sanitaria come da mia richiesta.

LUOGO, DATA

FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGANTE
(INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

**Si allega alla presente copia fronte retro del documento di identità
controfirmata del delegante (intestatario della documentazione sanitaria)**